

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

31

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 13 juin 1906, à 1 heure*

PAR

Ch. COUÉNON

## L'ÉNANTHÈME DE LA ROUGEOLE

*Président : M. ROGER, professeur.*

*Juges : { MM. LANDOUZY, professeur.  
TESSIER et LABBÉ (MARCEL), agrégés.*

*Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b>                                                   | M. DEBOVE.     |
| <b>Professeurs</b>                                             | MM.            |
| Anatomie.                                                      | P. POIRIER     |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHT      |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.                                       | BRISAUD.       |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE    |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL  |
| Pharmacologie et matière médicale.                             | SEGOND         |
| Thérapeutique.                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | GILBERT        |
| Médecine légale.                                               | CHANTEMESSE    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | DEJERINE.      |
|                                                                | ROGER.         |
|                                                                | HAYEM.         |
| Clinique médicale.                                             | DIEULAFOY.     |
|                                                                | DEBOVE.        |
|                                                                | LANDOUZY.      |
|                                                                | GRANCHER.      |
| Maladies des enfants.                                          | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | GAUCHER.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | RAYMOND.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | LE DENTU.      |
| Clinique chirurgicale.                                         | TERRIER.       |
|                                                                | BERGER.        |
|                                                                | RECLUS.        |
| Clinique ophtalmologique.                                      | DE LAPPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.                                      | RUDIN.         |
| Clinique gynécologique.                                        | PINARD.        |
| Clinique chirurgicale infantile.                               | POZZI.         |
| Clinique thérapeutique.                                        | KIRMISSON.     |
|                                                                | A. ROBIN.      |

## Agrégés en exercice.

|               |           |           |                  |
|---------------|-----------|-----------|------------------|
| MM.           |           |           |                  |
| AUVRAY        | DUPRE     | LEGUEU    | RICHAUD          |
| BALTHAZARD    | DUVAL     | LEPAGE    | RIEFFEL (chef    |
| BRANCA        | FAURE     | MACAIGNE  | des trav. anat.) |
| BEZANÇON      | GOSSET    | MAILLARD  | TEISSIER         |
| BRINDEAU      | GOUGET    | MARION    | THIROLOIX        |
| BROCA (ANDRÉ) | GUIART    | MAUGLAIRE | VAQUEZ           |
| CARNOT        | JEANSELME | MERY      | WALLICH          |
| CLAUDE        | LABBE     | MORESTIN  |                  |
| GUNEO         | LANGLOIS  | POTOCKI   |                  |
| DEMELIN       | LAUNOIS   | PROUST    |                  |
| DESGREZ       | LEGRY     | RENON     |                  |

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*en témoignage d'un profond amour filial et d'une égale  
reconnaissance.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE  
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

## INTRODUCTION

La rougeole, que Sydenham isola de la scarlatine et de la variole en 1669 est une maladie infectieuse, spécifique, contagieuse et épidémique, dont les manifestations cliniques sont : une éruption sur la peau, l'exanthème, et un phénomène analogue sur les muqueuses et les séreuses, l'énanthème. Ce dernier, multiple dans ses apparences et ses localisations, a fait l'objet de nombreux travaux et de nombreuses thèses. Quelques auteurs ont attaché leur nom à quelques-unes de ses variétés. L'un étudia plus particulièrement l'énanthème buccal, un autre l'énanthème intestinal, un troisième le catarrhe de l'oreille moyenne, etc. Pour nous, qui, tant à l'hôpital, dans le service de notre maître, le Dr COMBY, qu'au cours des remplacements que nous avons faits en province, avons eu l'occasion d'en observer de nombreux cas, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en faire une étude d'ensemble, d'en examiner successivement les diverses formes, en montrant qu'elles dérivent toutes d'un même processus, qu'elles sont le foyer même de la contagion ; de rechercher la valeur de quelques-unes d'entre elles, au point de vue du diagnostic précoce de la rougeole, et enfin, de signaler les moyens thérapeutiques qui doivent leur être appliqués.

Nous diviserons cette étude en plusieurs paragraphes. Pour les muqueuses, nous considérerons l'épithélium dans ses manifestations buccales, oculo-nasales, otiques, pharyngiennes, laryngiennes, bronchiques, intestinales, génitales. Parmi les séreuses nous nous arrêterons plus spécialement sur la plèvre et le péritoine ; nous ne dirons que quelques mots des méninges et des synoviales, et nous ouvrirons une parenthèse pour le cœur. Nous terminerons en consacrant quelques pages à la contagion, au diagnostic et au traitement.

Nous n'avons pas jugé nécessaire de faire entrer dans le cadre restreint de ce travail toutes les observations qui nous ont permis de le rédiger. Nous n'avons choisi que les plus typiques et les plus complètes, pour en rendre la lecture moins fastidieuse et éviter les répétitions.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous nous faisons un devoir d'exprimer tous nos remerciements et toute notre reconnaissance à M. le D<sup>r</sup> COMBY, qui attirera notre attention sur cette question et qui nous permit de l'étudier dans son service du Pavillon de la Rougeole à l'Hôpital des Enfants malades.

Nous exprimerons aussi nos sentiments de vive gratitude à M. le professeur ROGER qui voulut bien accepter la présidence de notre thèse. Nous nous estimerons hautement récompensé, si ce travail, modeste, mais consciencieux n'est pas trop indigne du grand honneur qu'il nous a fait.

## CHAPITRE I

### MANIFESTATIONS DE L'ÉNANTHÈME

#### **Muqueuse buccale.**

PALAIS ET VOILE DU PALAIS. — Lorsqu'on ouvre la bouche d'un rougeoleux, on est frappé de la couleur spéciale qu'a prise la muqueuse. On constate, en effet « une rougeur occupant parfois tout le pharynx, mais plus spécialement le voile du palais ; cette rougeur n'est pas uniforme, mais se présente sous forme de petites taches arrondies ou irrégulières, parfois disséminées en petit nombre, parfois presque confluentes ; c'est, en somme, l'éruption qui se manifeste sur le voile du palais avant de se faire à la peau. » (Sevestre). Ce phénomène précède l'exanthème d'un ou deux jours. Il en a toutes les apparences, la teinte, le velouté, et la disposition. Lorsqu'on le surprend à son début sa première localisation est bien au voile du palais, mais il ne tarde pas à s'étendre et à envahir tout l'isthme du gosier, les piliers, les amygdales qui sont congestionnées et tuméfiées, et le palais lui-même. Les taches,

d'abord isolées, si parfaitement identiques à celles qui doivent survenir sur la peau, qu'elles sont appréciables au toucher, ces taches finissent par se réunir et par offrir au regard une coloration rouge intense. Quelque chose de tout spécial aussi est l'aspect *dépoli* de la muqueuse signalé par Guérin et qui est absolument pathognomonique. Le piqueté du voile du palais n'est pas constant, mais il est très fréquent, et chaque fois qu'il existe, comme il précède toujours l'éruption, c'est un excellent signe pour le diagnostic précoce de la rougeole.

GENCIVES. — On peut en même temps voir, car les deux phénomènes ne sont nullement incompatibles, « un exsudat, un dépôt pultacé, blanchâtre ou opalin, occupant, d'une façon partielle et irrégulière, les gencives, la face interne des lèvres, le sillon gingivo-labial, le plancher de la bouche, parfois la face inférieure de la langue. Cet enduit pultacé figure parfois des festons qui encadrent les dents. Quand on presse sur lui avec la pulpe de l'index, on l'enlève facilement, sans faire saigner la muqueuse qui est intacte. Donc, érythème buccal accompagné ordinairement d'enduit pultacé, telle est la stomatite érythémato-pultacée de la rougeole. » (Comby).

Il n'y a rien à ajouter à cette description. Partout où ne s'est pas produit l'enduit pultacé, la muqueuse a l'aspect congestionné, légèrement tuméfié qui est spécial à l'énanthème. Cependant, malgré cette fluxion intense, aucune gêne n'est accusée ; il n'existe pas de dysphagie, pas de douleur. On ne retrouve pas, dans

cette variété, les caractères particuliers de l'éruption cutanée, au point de vue morphologique ; mais au point de vue évolutif, l'identité reparait. A peu près constante, la stomatite érythémato-pultacée précède souvent l'exanthème, et sa marche est calquée sur la marche de celui-ci ; leur durée est sensiblement la même. On a voulu voir, dans cette affection, une exagération d'une stomatite banale, due à une mauvaise hygiène de la bouche, et surajoutée à la maladie. Le mauvais état des dents a été aussi incriminé. Mais elle s'observe avec la même fréquence chez les tout petits enfants qui n'ont pas encore de dents, et le parallélisme de son évolution avec celle des autres symptômes plaide en faveur de son caractère spécifique, ses caractères identiques montrent bien qu'elle est une conséquence de la rougeole. M. le professeur Roger dit que « il ne faut pas prendre ces diverses manifestations pour des inflammations : ce sont de simples énanthèmes. »

JOUES ET LÈVRES. — La muqueuse de cette région, hyperhémisée a, elle aussi l'aspect dépoli caractéristique ; on y peut remarquer un enduit pultacé analogue à celui des gencives. Koplik, en 1896, y a décrit des taches spéciales très tenues, blanc bleuâtre reposant sur une auréole rouge ; il ajoutait que ce signe était d'une précocité remarquable, sans doute pour excuser ceux qui ne l'ont jamais vu. Absolument attaché à cette invention que d'autres voulaient lui disputer il en fit un symptôme nécessaire, constant, universel, et pathognomonique. Il s'agit, sans doute, en réalité du banal

évanthème déjà décrit, c'est-à-dire de plaques de stomatite fragmentées, ou plus simplement encore de points correspondant aux orifices des glandules buccales, hypertrophiées et surélevées. Que la stomatite prenne cet aspect miliaire elle deviendra taches de Koplik qui, elles-mêmes, entrant en coalescence redeviendront enduit pultacé. L'accueil qu'on fit en France à cette découverte sensationnelle montre qu'il s'agit plutôt d'une subtilité d'appréciation.

LANGUE. — La langue participe au processus fluxionnaire, et la muqueuse qui la recouvre offre un aspect spécial. Les bords et la pointe ont un aspect qui tranche sur celui de la face supérieure, ils sont rouge vif ; leurs papilles sont hypertrophiées, alors que celle-ci est recouverte d'un enduit saburral blanc grisâtre très épais, qui disparaît peu à peu. Dans certains cas, il s'en suit une véritable desquamation linguale, déjà signalée par MM. le professeur Dieulafoy, Caubet et Duclos. C'est en vérité un fait assez rare, mais qui est bien une conséquence de la rougeole, car il se produit toujours en même temps que l'éruption. A mesure que l'enduit saburral se détache de la face supérieure de la langue et disparaît, celle-ci, qui subit une véritable mue, prend une coloration rouge vif, analogue à celle des bords et de la pointe où elle a commencé à paraître. Le centre est dépouillé le dernier. La desquamation finie, l'ensemble de l'organe paraît vernissé. Ce phénomène qui s'accomplit en quatre jours n'a pas toujours la même intensité, souvent même il est si partiel qu'il passe inaperçu ; les bords de la langue, plus rouges, font paraître

tre celle-ci plus saburrale et n'attirent pas l'attention. Cependant, on peut remarquer un parallélisme frappant entre l'intensité de la desquamation linguale et celle de l'énanthème, de même que ce dernier montre une intensité parallèle à celle de l'exanthème. Strzelbicki (cit. par Bing) prétend avoir trouvé dans plus de 57 pour 100 des cas de rougeole, un aspect de la langue qui la fait paraître comme poudrée de taches analogues à du son, surtout aux bords et à la pointe. Or, le contraire nous a toujours paru vrai, ainsi que le constatent les auteurs cités plus haut. La langue rougeoleuse de Strzelbicki est sans doute un symptôme analogue au signe de Koplik, difficile à observer en France.

Toutes ces variétés d'énanthème sont en elles-mêmes très bénignes ; cependant elles demandent à être surveillées de très près et à être traitées rigoureusement ; car elles sont une porte d'entrée pour toutes les infections ; négligées elles sont le point de départ d'une complication extrêmement grave, la gangrène de la bouche. Celle-ci a d'autant plus de chances de survenir que le système lymphatique est plus atteint et que les lésions des follicules clos (Barbier) de la muqueuse sont plus étendues.

### Œil

L'énanthème de la muqueuse de l'œil est un symptôme constant et précoce du début de la rougeole ; il

coïncide avec celui de la pituitaire, si bien qu'on réunit généralement ces deux signes dans la même expression de catarrhe oculo-nasal. Il donne lieu à un certain degré de conjonctivite bulbaire et palpébrale. La conjonctive qui recouvre le globe oculaire est rouge, fortement injectée, surtout à la périphérie, au niveau des culs-de-sacs ; ses vaisseaux sont dilatés ; elle est légèrement douloureuse. Les mouvements des paupières produisent une sensation pénible, il semble qu'il n'y ait plus glissement, mais frottement, et que les surfaces en contact soient dépolies. Le malade croit avoir du sable dans les yeux. Nous nous sommes nous-même très bien rendu compte de ce phénomène, ayant contracté la rougeole en 1903. On constate de plus, une sécrétion lacrymale intense ; les larmes coulent sur les joues ne trouvant plus d'issue par le canal lacrymo-nasal, dont la muqueuse atteinte elle aussi par la fluxion morbilleuse, s'est congestionnée et tuméfiée pour son propre compte. C'est là une variété d'énanthème si fréquente, si bénigne, qu'on n'y prête pas attention. Pourtant chez les lymphatiques et les scrofuleux, on peut observer parfois des phlyctènes conjonctivales et des complications ulcéreuses de la cornée. Même chez les sujets auparavant sains, il se produit quelquefois des ophtalmies tenaces déjà signalées par Trousseau, et Ruzf dit que « un grand nombre d'ophtalmies rebelles, si fréquentes chez les enfants, et qui, quelquefois persistent pendant toute la vie, ont leur point de départ dans l'affection rubéoleuse. » Il faut dire que des précautions antiseptiques sagement prises diminuent de

jour en jour la fréquence de ces accidents qu'on ne rencontre presque plus.

Alors que la conjonctivite est éminemment précoce, la blépharite présente ce caractère à un moindre degré, nous expliquons ce fait par la diminution progressive de la sécrétion lacrymale très exagérée au début. Elle n'apparaît guère qu'avec l'éruption. Elle peut être totale, mais en général elle n'est que partielle et n'atteint que le bord libre des paupières. Elle donne lieu au suintement d'une matière jaunâtre, épaisse et visqueuse qui se concrète à la base des cils et se rassemble dans les angles de l'œil. Elle a son origine dans les follicules de Meibomius qui finissent par être obstrués par sa dessiccation. Le malade a les yeux chassieux, et le matin, au réveil après la sécrétion abondante des glandes ciliaires pendant la nuit, les bords palpébraux sont unis et soudés. La viscosité, pendant le sommeil, a acquis une consistance assez forte pour faire adhérer les cils qui, sous les efforts et le frottement, s'arrachent, augmentant ainsi l'inflammation. En 1878, Flindt décrivait sur la muqueuse des paupières, des vésicules qu'il avait rencontrées sur le palais; nous ne les avons jamais observées, pas plus d'ailleurs que le signe de Koplik que Libman prétend y avoir vu. L'énanthème se réduit, dans cette région, à la congestion et au catarrhe.

#### **Fosses nasales.**

La muqueuse que l'énanthème atteint le plus tôt et le plus rapidement dans sa totalité est la muqueuse des

fosses nasales. Il y détermine un coryza violent qui est un des signes les plus précoces et les plus constants de la période d'invasion de la rougeole. Ce fait est bien connu, même du vulgaire, et nombre de parents dont l'attention a été ainsi éveillée, ont fait part au médecin de leurs appréhensions. Le petit malade présente a ce moment de l'enchifrènement, de la céphalée, de la somnolence, un état fébrile intense. Il éternue fréquemment ; sa voix est nasonnée et il éprouve une impossibilité presque complète à respirer par le nez ; le sens de l'olfaction est annihilé. De ses narines s'échappe lentement, mais continuellement, un liquide semi-fluide, très clair, d'une consistance qui rappelle celle de l'eau gommeuse. Cet écoulement provoque, dans la région où il s'effectue, c'est-à-dire au pourtour des orifices, sur la cloison et sur la lèvre supérieure, une sensation de tension et de prurit incessant. La rougeur qu'il détermine est encore augmentée par le frottement des mains ou du mouchoir et bientôt apparaissent des fissures, des érosions, que l'irritation tuméfiée, et qui donnent au malade un aspect barbouillé. Quand on examine la muqueuse pituitaire, et cet examen, chez les enfants, présente de grandes difficultés, on constate un degré intense de congestion et de tuméfaction. On peut remarquer sur la cloison, encore que cela ne soit pas constant, des amas blanchâtres qui sont certainement des lambeaux d'épithélium desquamé et correspondent à l'enduit pultacé de la stomatite de Comby ; ils sont disposés en îlots de trois ou quatre taches. Leur inconstance nous empêche de leur attribuer quelque valeur.

Strzelbicki (cité par Bing), affirme y avoir vu des taches de Koplik. Quoiqu'il en soit, la muqueuse présente ce caractère évident d'être hyperhémisée.

Elle est devenue d'une sensibilité extrême, le moindre attouchement provoque le réflexe sternutatoire avec une telle violence, que souvent il s'ensuit de légères épistaxis. Cet état rend « dès le début, la perméabilité des fosses nasales insuffisante, et l'air atmosphérique doit traverser la bouche avant de pénétrer dans les voies respiratoires ; c'est là une nouvelle cause d'infection pour la muqueuse buccale, déjà si sensible par sa nature même et que l'énanthème rend plus vulnérable encore. » (Guérin).

La sécrétion nasale ne reste pas longtemps fluide et transparente. Très souvent, chez les enfants hospitalisés, issus d'un milieu pauvre, où les principes élémentaires de l'hygiène sont inobservés, où même les règles de la plus commune propreté sont négligées, elle devient d'abord muco-purulente, grisâtre ; puis elle s'épaissit pour devenir bientôt exclusivement purulente et abondante. On la voit s'échapper au dehors par les narines, et lorsque la bouche est largement ouverte, elle apparaît coulant dans l'arrière-gorge, formant nappe sur la paroi postérieure du pharynx. Elle stagne, aggravant ainsi dans le vestibule et sur les lèvres les lésions préexistantes. La lèvre inférieure n'étant pas exposée à son contact reste en général indemne, mais la lèvre supérieure, sous l'action irritante, déjà tuméfiée et rouge, se fissure. Les enfants, avec leurs dents ou leurs doigts arrachent les squames épidermiques à peine détachées.

Il en résulte des érosions douloureuses, la plupart du temps sèches, mais d'où peut aussi suinter une sérosité sanguinolente, dont la concrétion forme des croûtes jaunâtres ou noirâtres, obstruant plus ou moins le vestibule des fosses nasales, déterminant la *rhinite vestibulaire ulcéro-croûteuse* de Marfan. Il pouvait arriver autrefois, dans des cas très rares, comme Déchaud l'a signalé dans sa thèse de 1842, que la muqueuse pituitaire subissait de la part de cette suppuration, une telle atteinte, qu'elle s'altérait, se ramollissait et se décollait, faisant même participer les os, en particulier les cornets ethmoïdaux, à ce processus de destruction. C'est là un fait qui mérite d'être signalé pour l'étiologie de l'ozène.

On doit attribuer le rôle principal de cette infection secondaire au staphylocoque doré, qui s'est montré le plus communément dans les préparations bactériologiques de Sevestre et Gastou.

L'origine en est le vulgaire énanthème de la muqueuse du nez, d'une extrême bénignité lorsqu'il reste énanthème, mais qui, devenu complication, donne lieu à de graves accidents. « Combien d'enfants, dit Trousseau dans sa *Clinique médicale*, qui, exempts jusque-là de ces sortes de maux, conservent après la rougeole un eczéma envahissant la lèvre supérieure qu'il tuméfie, et s'étendant quelquefois en arrière des cavités des fosses nasales jusque vers la trompe d'Eustache, où il occasionne un gonflement, qui cause à son tour la surdité. »

### Oreille.

L'otite qui apparaît dans le cours de la rougeole est un véritable catarrhe spécifique. On retrouve sur la muqueuse de la cavité tympanique ce que l'on rencontre toujours sur la muqueuse nasale, buccale, bronchique, oculaire et intestinale ; c'est la même cause, c'est le même processus ; et si le coryza, la stomatite, la bronchite, la conjonctivite et la diarrhée sont, en général, aussi constants que l'éruption, il en est de même de l'otite moyenne. Cependant, cette dernière a un caractère spécial : elle ne donne lieu, le plus souvent pendant la vie, à aucune manifestation, mais elle existe. Alors que le malade qui en est atteint n'accuse aucune douleur, aucune gêne de l'ouïe, que rien, par conséquent ne fait soupçonner sa présence, on la constate toujours après la mort. Cordier, dans sa thèse (1875) affirmait déjà ce que nous ont prouvé toutes les autopsies auxquelles nous avons assisté. Il cite deux observations « prises, dit-il, entre beaucoup d'autres ». Elles se rapportent à deux enfants, l'un âgé de trois ans, l'autre de quatre ans et demi qui meurent, l'un de broncho-pneumonie, l'autre de bronchite capillaire, tous deux au cours de la rougeole. Aucun symptôme n'avait attiré l'attention sur le catarrhe qui avait chez eux envahi l'oreille moyenne et qu'un examen complet *post mortem* révéla. Nous même avons fait ces constatations dans dix-neuf autopsies.

Nous devons particulièrement insister sur ce point : rien n'indique l'existence de l'énanthème dans la caisse du tympan ; l'enfant entend bien, la pression sur les apophyses mastoïdes, la traction du pavillon de l'oreille, la percussion de la région qui entoure le conduit auditif n'éveillent aucune douleur. L'examen de la membrane du tympan au spéculum, dangereux chez les enfants à cause de leur indocilité, n'apporte aucun renseignement. La muqueuse de la caisse est prolongée sans aucune solution de continuité par celle de la trompe d'Eustache qui est atteinte au même degré par l'inflammation morbillieuse. Il ne faut pas en conclure que le catarrhe de l'oreille est le résultat de la propagation de celui du larynx ou du pharynx ou même des fosses nasales à travers le conduit tubaire. Il ne s'est pas produit dans ce cas l'infection ascendante qui est commune à la diphtérie. Ce n'est pas ainsi que procède l'énanthème morbillieux ; il s'étend d'emblée à toutes les muqueuses qui sont simultanément intéressées.

Pour se rendre compte des lésions anatomiques, le crâne étant ouvert, le cerveau enlevé et la dure-mère désinsérée, on fait sauter à la gouge ou avec un fort bistouri la partie du rocher qui correspond à la caisse. Dès lors, on remarque que celle-ci est remplie d'un liquide de consistance muqueuse, de couleur variable, mais en général blanc sale ou jaunâtre ; les cellules prémastoïdiennes qui communiquent avec l'oreille moyenne contiennent aussi ce même liquide purulent. Le microscope y révèle de nombreux globules blancs polynucléaires envahis par des granulations graisseuses

et des cellules, provenant de la desquamation épithéliale de la muqueuse. Celle-ci présente une congestion inégale, intense par endroits, affectant la disposition des macules de l'éruption sur le tégument externe. C'est une extravasation du sang hors des capillaires gorgés de globules rouges, entourés eux-mêmes d'îlots denses de globules blancs. Dans les cas bénins ceux qui passent inaperçus, et c'est la majorité, l'élimination du muco-pus se fait par la trompe d'Eustache, en même temps que la phlegmasie s'atténue et que les sécrétions se tarissent. Une des conditions de la bénignité de cette variété de l'énanthème morbillieux est donc la perméabilité de ce conduit. On l'obtiendra constante, et on en évitera l'infection par les irrigations antiseptiques des fosses nasales et du pharynx, sur lesquelles nous reviendrons. Faute de ces précautions, on verrait survenir des complications très graves telles que l'otite phlegmoneuse qui s'accompagnerait de phénomènes inflammatoires violents et de la rupture de la membrane du tympan.

#### **Pharynx, larynx, trachée, bronches.**

Le pharynx est une prolongation de la cavité buccale et participe dans les mêmes conditions qu'elle au processus morbillieux. C'est le même aspect rouge intense de la muqueuse présentant des taches ecchymotiques plus ou moins apparentes et un certain degré de desquamation et d'enduit pultacé qui fait reconnaître l'énanthème. Les lésions n'ont aucun caractère

particulier et la description de celles de la muqueuse buccale s'adapte parfaitement à elles. La ressemblance est particulièrement frappante entre le palais et le pharynx lorsqu'ils sont tous deux atteints. La rhinite purulente peut s'accompagner de pharyngite, le suintement et la stagnation du pus favorisant en cette région la tuméfaction et les ulcérations de la muqueuse.

Celle des voies respiratoires supérieures, le larynx et la trachée est constamment le siège d'une inflammation plus ou moins violente, qui est très souvent antérieure de trois à quatre jours à l'apparition de l'exanthème. C'est une des premières localisations de l'exanthème. Cet état de la muqueuse a pour résultat une toux spéciale, qui est un symptôme des plus fréquents, qui peut aider au diagnostic. Elle a un timbre particulier, peu élevé, mais rude, déchirant, rauque. C'est une toux sèche, férine, quinteuse. Les quintes sont constituées par trois ou quatre secousses pendant lesquelles la face se congestionne et les yeux pleurent ; elles ont la propriété de se réveiller et de se rapprocher quand on remue et quand on agace l'enfant, surtout aussi quand on examine sa gorge. Elles ne sont jamais suivies d'expectoration. L'auscultation quelquefois négative, révèle quelquefois, par la perception de râles sibilants, la participation à l'exanthème, de la muqueuse des bronches. C'est la porte d'entrée d'une complication la plupart du temps mortelle, la broncho-pneumonie. L'haleine des morbillieux présente une odeur rappelant celle du chloroforme, mais les autres maladies infectieuses peuvent aussi produire le même phénomène.

Les lésions anatomiques de la muqueuse du larynx ont été bien étudiées par Coyne. Il a constaté une rougeur érythémateuse plus ou moins sombre, et une tuméfaction variable siégeant surtout au niveau des cordes vocales ; ce qui provoque souvent de l'enrouement, de la dysphonie et quelquefois de l'aphonie longtemps persistante. Elle a duré sur nous-même, à la suite de la rougeole, plus de deux semaines. Les glandes sont augmentées de volume, leurs orifices sont visibles sur la muqueuse soulevée. L'examen microscopique indique que les lésions ne s'arrêtent pas à la superficie, et qu'elles sont plus profondes qu'elles ne le paraissent à l'examen microscopique. « Le derme est infiltré d'une masse prodigieuse de leucocytes ; ces éléments sont surtout accumulés autour des glandes et des vaisseaux auxquels ils forment des manchons assez épais. Leur nombre est également considérable dans la couche la plus superficielle de la muqueuse, immédiatement au-dessous de la membrane limitante. Les follicules lymphatiques que l'on trouve dans le derme des ventricules du larynx sont tuméfiés et font une saillie plus considérable qu'à l'état normal. Les corpuscules lymphoïdes multipliés remplissent les mailles du réticulum. » Ces mêmes lésions existent à la muqueuse des bronches quand l'énanthème s'est étendu jusqu'à elle, on ne s'étonne plus alors que le professeur Landouzy ait pu dire : « Nombre de sujets atteints de la rougeole deviennent assez rapidement par la suite tuberculeux, le catarrhe laryngo-bronchique crée un point de moindre résistance. »

### Muqueuse intestinale.

La muqueuse intestinale est, dans certains cas, gagnée par l'affection catarrhale que détermine la contagion de la rougeole. On trouve ce fait signalé pour la première fois par Joseph Franck. Dans la traduction française des œuvres complètes de cet auteur, on lit en note : « Quelques épidémies de rougeole ont été accompagnées de diarrhée. » (*Journal de méd.* 1790).

Trousseau, dans sa *Clinique* sur la rougeole dit : « Au moment où, dans la période d'invasion, la fièvre paraissait tomber, tout à coup, elle reprend une intensité considérable. Le larmolement, le coryza, la toux un instant calmés, augmentent avec une extrême vivacité ; en même temps survient, dans la majorité des cas, une diarrhée très abondante. Ce phénomène : la diarrhée, arrivant en même temps que l'éruption, appartient essentiellement à la rougeole, et les auteurs ne l'ont pas suffisamment indiqué. Sans être invariable, il est assez commun pour qu'on en doive tenir bon compte. Il se manifeste, je le répète, le jour où l'éruption apparaît. L'enfant va quatre, six, huit, dix et quinze fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures ; chez quelques-uns, il y a non seulement une diarrhée séreuse, mais encore une diarrhée glaireuse et sanglante, causée par une véritable colite qui dure un jour ou deux. »

Il faut remarquer que les sujets dont le tube digestif

a été éprouvé par une maladie antérieure, ceux pour lesquels le moindre écart de régime est l'origine d'embarras gastrique et de flux intestinal, ceux qui sont prédisposés aux troubles digestifs saisonniers, ceux-là à l'occasion d'une rougeole, verront ce point vulnérable de leur organisme particulièrement atteint. D'autre part, chez les enfants, l'influence de l'été ou d'un climat chaud est manifeste, pour déterminer cette forme gastro-intestinale, parfois dysentérique et hémorragique surtout dans les centres épidémiques. En général une diarrhée abondante, impérieuse, douloureuse et parfois légèrement sanguinolente coïncide avec des phénomènes catarrhaux intenses sur les autres muqueuses, en même temps que la peau est le siège d'une éruption violente. Les sujets affaiblis, cachectiques, en état de misère physiologique ont plus que d'autres à redouter cette éventualité. C'est sur eux qu'on peut le mieux vérifier les phlegmasies intestinales signalées par Rilliet et Barthez, qui ne sont, dans la rougeole autre chose que l'énanthème.

Toutes les relations d'épidémies de rougeole mentionnent à titre documentaire et sans plus s'y arrêter des troubles intestinaux ou gastro-intestinaux, c'est un fait en quelque sorte banal. Cependant, il y eut quelques-unes de ces épidémies qui furent remarquables par la localisation toute spéciale du catarrhe sur le tube digestif. Nous avons relevé celles qui furent le mieux étudiées et qui montrèrent ce symptôme avec le plus de fréquence :

Épidémie de l'Hôpital des Enfants, de 1809 (*Thèse de Campagnac*, 1812).

- de Piglio, de 1831, *citée par Macry*.
- de Sigmaringen, de 1834, *citée par Macry*.
- de Bicêtre, de 1853 (*Union médicale* 1853).
- de Saint-Loup, de 1853 (*Mém. de l'Ac. de méd.* 1854).
- d'Agen, de 1869 (*Mém. de l'Ac. de méd.* 1870).
- des Iles Fidji, de 1875 (*Lancet* 1875).

Cette sensibilité de la muqueuse digestive au virus morbillieux n'avait pas échappé à Broussais, puisqu'il voulut faire entrer la rougeole et les fièvres éruptives en général dans le cadre des maladies gastro-intestinales. C'était pousser trop loin l'esprit de système et de classification. Bien plus, l'auteur du mémoire sur l'épidémie de Piglio en 1831, frappé de la constance et parfois de la gravité qu'offraient les troubles intestinaux dans tous les cas qu'il avait observés, émit cette hypothèse que peut-être, la rougeole est symptomatique d'une gastro-entérite. Cette déduction, dans l'espèce, pouvait paraître logique ; personne ne la reprit ni n'en chercha la confirmation, et pour cause. L'erreur consistait, en effet, à rendre un symptôme responsable de la maladie dont il n'est, en réalité, qu'une des nombreuses manifestations. La rougeole est une entité morbide bien définie, la gastro-entérite qu'elle provoque fait simplement partie, souvent, mais pas toujours, des phénomènes qui la caractérisent ou l'accompagnent.

La date de son apparition, par rapport à celle des autres variétés d'énanthème, celui de la bouche, par

exemple, par rapport aussi à celle de l'exanthème est variable. D'après Trousseau, elle se déclarerait le plus souvent « au moment de l'apogée des phénomènes inflammatoires du côté des muqueuses, au moment où va se produire l'éruption. » Il en est ainsi, en effet, dans la plupart des cas. On ne peut cependant pas énoncer de règle fixe. Tantôt, elle précède de quelques jours l'éruption et même les premiers symptômes qui permettent de faire un diagnostic assez précoce, tantôt les macules caractéristiques ont déjà envahi la peau lorsqu'elle entre en scène.

Les trois observations suivantes montrent son apparition à des phases différentes de la maladie.

**Observation I** (*Thèse de MACRY*) résumée.

Ed. V..., 27 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine le 15 août 1883 pour la toux qui le tourmente depuis deux jours. Les yeux sont larmoyants ; il présente de la photophobie. On constate une bronchite double.

16. — Coryza intense ; la photophobie s'est accentuée ; les conjonctives palpébrales et bulbaires sont injectées.

17. — Exanthème morbillieux caractéristique. Toux persistante. *Diarrhée* et coliques ; sensation de brûlure au fondement.

18. — Quatre selles muco-sanguinolentes, liquides. L'éruption pâlit. Temp. 38°4.

19 au 24. — Régression de tous les phénomènes, progressivement. Sortie le 28.

Ici, la diarrhée qui témoigne de l'énanthème intestinal est apparue après l'éruption. Dans les deux observations qui suivent, elle a été plus précoce :

**Observation II.** (*Thèse de MACRY*) résumée.

Hélène O..., 18 ans. Soupçonnée par sa mère d'être en incubation de rougeole, son frère en étant atteint, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier 1885. Les yeux pleurent depuis le 1<sup>er</sup> janvier ; elle éternue et elle a perdu l'appétit. Elle présente de la *diarrhée* douloureuse, avec épreintes et ténésme, les matières sont glaireuses et rougeâtres.

6. — Éruption morbillieuse. Suites normales.

Nous sommes donc en présence d'un cas d'énanthème intestinal à la période d'invasion de la rougeole, alors que le tégument externe était encore indemne.

**Observation III.** — (*Personnelle*). (Hôpital des Enfants Malades).

Auguste T..., 2 ans 1/2 entre au pavillon de la rougeole le 2 mai venant du pavillon des douteux où il est depuis huit jours, présentant comme uniques symptômes une forte fièvre de vomissements et une diarrhée intense après les repas. Depuis la veille, sa gorge est très rouge, ses amygdales sont grosses, sans exsudat. On constate dans la région sous-maxillaire un peu d'engorgement ganglionnaire. Il a quelques secousses de toux rauque, mais sa voix n'est pas changée,

3 mai. — Légère stomatite, pas d'éruption.

4 mai. — Énanthème léger jugo-labial. Quelques macules sur la peau de la région rétro-auriculaire, au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. La diarrhée s'atténue.

5 mai. — Rougeole caractérisée par une éruption abondante et typique. L'énanthème a envahi le voile du palais et persiste à la face interne des joues et des lèvres. Stomatite érythémato-pullacée intense. Rhinopharyngite accentuée. La diarrhée n'existe plus. L'auscultation est négative. Les jours suivants régression, des phénomènes inflammatoires.

Ici, la diarrhée a devancé, non seulement l'éruption mais aussi l'énanthème buccal et pharyngé. Elle s'est placée, dès le début de la maladie, parmi des prodromes qui permettaient à peine de faire un diagnostic de rougeole.

En somme, elle apparaît indifféremment à la fin de la période d'incubation en pleine période d'invasion ou bien en même temps que l'éruption ou après elle. On sera donc encore suffisamment précis en disant que c'est un symptôme fréquent au cours de l'évolution morbilleuse, assez irrégulier dans sa marche et dans ses caractères. Tantôt l'abdomen est développé et sensible, tantôt normal et indolent. La diarrhée est plus ou moins abondante selon que la muqueuse intestinale a été plus ou moins atteinte; de même la gingivite ou le piqueté du voile du palais n'offre pas toujours la même intensité. Quand elle se rapporte uniquement à l'énanthème, quand elle n'est le fait d'aucune complication, elle n'a aucun caractère de gravité, tout en de-

mandant à être surveillée. D'après Trousseau, elle guérit toujours après avoir duré de quarante-huit heures à dix jours, encore la vérité est-elle plus dans le premier chiffre que dans le second. Toutefois elle peut laisser après elle une altération telle qu'on a pu faire entrer dans la statistique, l'entérite morbillieuse, comme prédisposant aux lésions secondaires aiguës de l'intestin. Parmi ces dernières, Rilliet et Barthéz citent cent quarante exemples, dont trente-sept succèdent à la rougeole.

L'anatomie pathologique explique parfaitement la possibilité de telles conséquences. En effet, au point de vue macroscopique, le gros intestin, et en particulier, l'S iliaque et le rectum présentent, sur une notable étendue, une congestion plus ou moins intense ; la muqueuse ridée est rouge par places. Elle a perdu comme celle de la face interne des joues dans le cas d'énanthème jugal, son brillant, elle est dépolie, moins ferme ; le doigt s'y imprime plus facilement ; elle est légèrement tuméfiée et ramollie. On peut y voir, assez souvent un grand nombre de petites ulcérations de 1,2 millimètre à 1 millimètre de diamètre, à contours irréguliers, mais de forme circulaire. Elles sont peu profondes, mais les bords en sont taillés à pic ; leur fond a une apparence grisâtre que lui donne le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui tranche sur la teinte rouge environnante. Elles rendent compte de l'aspect sanguinolent que prennent les selles dans certain cas, et des épreintes qui les accompagnent.

Quand cet état devient, à proprement parler, une con.

plication — et c'est ce que révèlent souvent les constatations faites à l'autopsie. — quand les mauvaises conditions hygiéniques ont permis à une infection secondaire quelconque de se greffer sur la muqueuse déjà sérieusement lésée, on peut remarquer la présence de fausses membranes plus ou moins adhérentes au plan sous-jacent. La plupart du temps ces fausses membranes ont déterminé une diarrhée glaireuse franchement hémorragique. En tous cas, les organes lymphatiques sont atteints. Les follicules sont plus épais ; ils paraissent surélevés, tuméfiés comme le reste de la muqueuse et présentent parfois des points ulcérés. De l'altération possible des ganglions mésentériques, il serait téméraire de conclure qu'ils doivent cet état à l'infection tuberculeuse ; car si l'expérience montre que cette hypothèse est parfois vérifiée, il n'en est pas moins vrai que de nombreux examens négatifs prouvèrent que le virus morbillieux peut seul être en cause.

On a pu considérer, au point de vue anatomo-pathologique les lésions relevées sur la muqueuse intestinale, comme le fait, non de l'énanthème qui s'y serait localisé, mais d'un processus inflammatoire surajouté qui trouverait son origine dans la flore microbienne du tube digestif, un processus d'ulcération banal. Cette considération a pour elle l'analogie que présentent les phénomènes que nous avons signalés avec ceux que provoquent d'autres affections dépourvues d'énanthème. Mais elle n'est vraie que lorsqu'il s'agit d'une complication de la rougeole. Il suffit de remarquer la fréquente précocité de la diarrhée, sa bénignité, sa coïn-

cidence avec l'apogée des phénomènes inflammatoires du côté des autres muqueuses, l'absence absolue de perforations pour s'en convaincre. D'autre part, les caractères en tous points communs que présentent les lésions de l'intestin et celles des autres organes atteints par l'énanthème, le larynx, en particulier (Coyne), nous sont une preuve que ce terme est bien ici à sa place avec toute sa signification et toute sa valeur.

### **Organes génitaux.**

Il est assez commun de voir la muqueuse des organes génitaux externes des petites filles et des femmes enceintes envahies par l'énanthème. Il se traduit par de la rougeur de la face interne des grandes lèvres, des deux faces des petites lèvres et du vestibule de la vulve. L'aspect de ces parties, est en tous points, semblable à celui de la face interne des joues atteinte de la même lésion, avec cette différence, toutefois, que l'exsudat blanchâtre y est relativement plus rare. Cet énanthème, qui demande à être recherché avec soin, est souvent le point de départ d'une gangrène, analogue à celle de la bouche, et plus fréquente encore que cette dernière.

### **Pleur.**

On considère, à juste titre, la pleurésie qui survient, au cours ou à la suite de la rougeole, comme une com-

plication. Elle en a d'ailleurs tous les caractères ; en effet, elle ne se produit, en général, que dans les quinze jours qui suivent l'apparition de l'exanthème ; elle a les symptômes et la marche de la pleurésie ordinaire séro-fibrineuse. Cependant, au point de vue étiologique, elle doit en être complètement séparée. La cause qui la détermine n'agit pas par l'intermédiaire d'une lésion pulmonaire. La plèvre est prise d'emblée, le processus morbilleux qui s'est étendu jusqu'à elle est le point de départ de cette complication. Il est logique de penser que là aussi existe un énanthème, comme il en existe peut-être un sur la séreuse péritonéale, qu'on peut moins facilement déceler, qui échappe à l'attention quand il se produit sans bruit et quand il n'est aidé, dans sa manifestation, par aucune infection surajoutée ou préexistante. Cette localisation est, sans doute, relativement rare, plus rare que dans la scarlatine. On la note, en effet, à peu près une fois sur cent rougeoles.

Varangot signale dans sa thèse (1893) deux de ces pleurésies, que lui cita M. Sevestre « survenues chez des adultes au moment de l'éruption et sans bronchopneumonie ; elles sont devenues purulentes. Elles sont attribuables aux microbes d'infection secondaire, mais le point de départ en est certainement l'invasion de la séreuse par le syndrome morbilleux. »

Nous citerons encore une observation de cet auteur qui a particulièrement étudié cette question.

**Observation IV.** — *Thèse de VARANGOT (Résumée).*

Il s'agit d'un soldat hospitalisé le 6 avril au Val-de-Grâce pour une éruption morbillieuse bien caractérisée qui évolue normalement. Une récédive survient le 4 mai ; seconde éruption, plus étendue que la première ; fièvre et catarrhe oculaire, toux, etc...

Le 6 mai. — Temp. : 40° 1/10. Point de côté droit, toux modérée.

Le 7 mai. — Épanchement pleural droit, médiocre, qui se manifeste par les signes habituels, matité, vibrations diminuées, et qui se résorbe peu à peu pour ne laisser que de la submatité le 21 mai.

Cette pleurésie survint sans aucune lésion pulmonaire antérieure ; elle a été bénigne et elle a exactement coïncidé avec le second exanthème. L'analyse bactériologique répétée deux fois, ne donna aucun résultat.

Nous remarquons, dans ces trois cas que nous avons choisis comme les plus démonstratifs, que chaque fois, la date de l'éruption peut être prise comme point de repère du début de l'épanchement. Or cet épanchement n'est qu'une traduction d'un état spécial de la plèvre, état antérieur à la manifestation de la rougeole sur la peau. Cette période correspond à la fin de l'invasion, à l'époque où les phénomènes catarrhaux sont le plus intenses, et le plus généralisés. L'anatomie pathologique permettrait peut-être, à ce stade de la

maladie, de constater le dépoli, le velouté spécial qui caractérise si bien les lésions d'énanthème morbillieux, ainsi que la congestion de la surface pleurale. Nous n'avons pas eu l'occasion de le contrôler, mais nous pensons que la pleurésie y prend naissance et qu'elle évolue à titre de complication, sur une localisation fluxionnaire de même nature et de même signification que celle des voies digestives.

### **Péritoine.**

M. Comby, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, le 22 novembre 1895, s'exprimait ainsi : « C'est dans la rougeole que les fluxions internes jouent le plus grand rôle ; d'après un auteur italien, Pirro Bolognini, l'énanthème pourrait même toucher les grandes séreuses, et la palpation méthodique de l'abdomen ferait entendre un froissement léger, fugace, indice de la participation du péritoine au processus morbillieux. » Peu de temps auparavant, la même année, Bolognini fit paraître dans la *Pediatria* un article où il décrivait ce signe jusqu'alors méconnu, et auquel il attribuait une grande valeur pour le diagnostic précoce de la rougeole. Pour le reconnaître, il faut palper l'abdomen du malade, non avec la pulpe des doigts, mais avec toute la main étendue à plat, d'une façon superficielle, en imprimant une pression douce sur la paroi qu'on fait glisser sur la masse intestinale. On a alors la sensation d'un froissement très fin, inter-

mittent assez semblable à celui que procure la poudre d'amidon pressée entre le ponce et l'index. C'est quelque chose d'analogue à ce qu'on perçoit quand on explore un testicule atteint de vaginalite aiguë. Cette crépitation neigeuse que détermine le va-et-vient de la main, faisant glisser la paroi sur le péritoine sous-jacent éveille l'idée de rugosité ou, tout au moins, de dépoli de la séreuse qui n'existe nullement à l'état normal.

Beaucoup d'auteurs ont cherché ce signe, plusieurs affirment ou croient l'avoir trouvé. Combe, Comby ne sont pas sûrs de son existence, quoiqu'ils lui aient accordé une grande attention ; son inconstance fait douter de son importance et de sa valeur pronostique et diagnostique. Knospel ne le distingue pas comme un symptôme spécial à la rougeole, car il existe également dans des affections intestinales qui n'ont rien de commun avec cette maladie. Enfin, Mariotti-Bianchi va plus loin ; pour lui, la sensation qu'a la main dans la manœuvre que nous venons d'indiquer, est simplement due au déplacement et au refoulement des gaz dans l'intestin, c'est, en somme, un vulgaire borborgyme.

Sur tous les enfants atteints de rougeole, quelle que soit la phase de son évolution, nous avons palpé méthodiquement l'abdomen, et une seule fois, nous avons cru reconnaître le signe de Bolognini. Il s'agissait d'un garçon de 5 ans, présentant un exanthème et un énanthème intenses. Nous avons perçu cette crépitation fugace, ce froissement superficiel ; mais ce phénomène

qui n'existait pas la veille, n'existait déjà plus le lendemain. Notre expérience, répétée jusqu'à présent n'a pas eu d'autre succès. Nous ne sommes donc pas suffisamment documenté pour affirmer l'existence de cet énanthème péritonéal qui, pourtant, n'est pas improbable.

### Méninges. Synoviales. Cœur.

La méningite a souvent été signalée au cours de la rougeole. Elle est la complication et la terminaison la plus fréquente, avec la broncho-pneumonie, de la forme ataxo-adynamique chez les enfants cachectiques et rachitiques. Elle se présente avec tous les caractères de la méningite tuberculeuse. Aussi n'essayerons-nous pas de discuter la relation de cause à effet qui peut exister entre le processus morbilleux et l'évolution de ce syndrome. Nous pensons que, dans les cas où ils se sont montrés liés l'un à l'autre, ils ont eu tous deux une existence propre. La rougeole a eu ses manifestations ordinaires sur un organisme déprimé et en état de moindre résistance; elle a, comme toujours en pareille occurrence donné un coup de fouet à une tuberculose latente qui n'attendait qu'une occasion pour se développer. Elle a été, selon l'heureuse expression de Willis, le *vestibulum tabis* (Landouzy). Nous ne lui considérons pas, comme point de départ, un énanthème analogue à celui du péritoine ou de la plèvre.

Les synoviales ne nous arrêteront pas plus longtemps, quoique Bonnet ait dit dans son *Traité des*

*maladies des articulations* : « Lorsqu'une fièvre éruptive telle que la rougeole... suit un cours irrégulier, et surtout lorsque l'éruption cutanée est incomplète, il se manifeste quelquefois des douleurs et des inflammations disséminées dans diverses jointures ; le rhumatisme articulaire qui survient alors doit, sans doute, être distingué du rhumatisme aigu primitif. » Il existe sur ce sujet peu d'observations ; et celles qui existent sont peu probantes ; elles tendent plutôt à considérer l'arthrite comme une complication infectieuse ou une affection surajoutée, que comme le résultat direct d'un énanthème. Nous n'avons pu relever aucun cas de rougeole qui permette d'envisager cette dernière hypothèse comme juste. Ce fait, possible mériterait d'être confirmé. Quant aux tumeurs blanches qui ont paru évoluer soudainement au cours ou à la suite de l'éruption morbillieuse, elles sont, comme la méningite, le réveil d'une tuberculose latente qui a trouvé dans un point de l'organisme déjà infecté, un terrain favorable à son développement.

Le souffle cardiaque morbillieux qui fit l'objet de la thèse de Balland ne doit pas être mis sur le compte de l'énanthème qui se localiserait sur les feuillets du péricarde ou sur les valvules interauriculo-ventriculaires. Parrot, qui fit de sérieuses recherches sur ce sujet est catégorique : « Nous avons examiné le cœur d'un nombre considérable d'enfants morts des suites de la rougeole, et sur aucun, nous n'avons pu constater le plus faible indice d'endocardite ou de péricardite. Quelquefois les faisceaux musculaires étaient granulo-grais-

seux à un léger degré. » Ce souffle ne correspond, en réalité à aucune lésion de canalisation, et l'insuffisance éphémère qu'il dénote tient certainement à un trouble de l'innervation cardiaque, analogue à celui qui se produit dans d'autres pyrexies.

## OBSERVATIONS

### Observation V (*Personnelle*).

Garçon de 3 ans 1/2.

*Le 8 août 1905.* — Il a perdu l'appétit depuis la veille, a de la fièvre et toussé. Ses ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés. L'examen de sa bouche montre sur le bord des gencives, un endroit pultacé signe de la stomatite pultacée de Comby, sa gorge est rouge sans autre symptôme particulier. Auscultation négative.

*Le 9 août.* — Le catarrhe oculo-nasal s'est déclaré, en même temps que la diarrhée. Temp. : 39°2. La gingivite a augmenté. Pas d'éruption.

*Le 10 août.* — Temp. : 40°, Éruption commençant derrière les oreilles, langue très saburrale, la stomatite érythémato-pultacée a envahi le sillon gingivo-labial, et sur la face interne de la joue, elle affecte la forme grossière des taches de Koplik.

*Le 11 août.* — Éruption intense sur la figure et le tronc. Temp. : 39°6. Même état de la muqueuse buccale. Quelques râles sibilants.

*Du 12 août au 14.* — La température revient à la normale, l'exanthème suit la régression de l'exanthème qui pâlit et disparaît. Le 15 août, il ne reste plus aucun signe de la rougeole.

**Observation VI** *Personnelle* (Hôpital des Enfants Malades).

Gaston P..., 6 ans 1/2. Est pris le 14 février brusquement d'une toux rauque, avec crises de suffocation et vomissements, il entre au Pavillon des Douteux. Sa gorge est rouge, sans exsudat, sa voix enrouée ; léger engorgement ganglionnaire, toux féline, léger tirage. Temp. : 39°4.

15 février. — Catarrhe oculo-nasal.

17 février. — Stomatite érythémato-pultacée, énanthème jugo-labial.

18 février. — Entre au Pavillon de la rougeole. Éruption typique. Gorge rouge, amygdales grosses sans exsudat. Stomatite intense. Temp. : 39°6.

19 février. — Énanthème du voile du palais. Râles ronflants aux bases. Temp. : 38°.

20 février. — L'éruption pâlit, l'énanthème buccal entre en régression. Temp. : 37°4.

21 février. — Auscultation négative. Le 22, les symptômes cutanés sont disparus, les symptômes buccaux persistent jusqu'au lendemain.

**Observation VII** *Personnelle* (Hôpital des Enfants Malades).

André S..., 2 ans. Entre le 16 février en pleine éruption, avec une stomatite érythémato-pultacée et une rhino-pharyngite intenses. L'énanthème jugal est très prononcé ainsi que le piqueté du voile du palais, les amygdales sont grosses. Il a, en somme, toutes les variétés de l'énanthème buccal. Il présente

en outre, de la diarrhée qui disparaît le 19 février. Sa température, de 40° tombe le 18 février à 38° et redevient normale le 19. L'éruption n'existe plus le 19 qui marque aussi la fin des phénomènes buccaux. La rhino-pharyngite persiste jusqu'au 23.

**Observation VIII** (*Personnelle*) (Hôpital des Enfants-Malades).

Victor B..., entre le 7 avril avec une éruption commençante, et seulement du catarrhe oculo-nasal. Temp. : 39°. Rien à la muqueuse buccale. Le 9 avril, l'éruption est très nette et généralisée.

*Le 10 avril.* — Un peu de stomatite-érythémato-pultacée. Les amygdales sont augmentées de volume. Diarrhée. Il nous semble percevoir, en palpant l'abdomen un froissement particulier qui constituerait le signe de Bolognini. L'exanthème a presque disparu. Temp. : 37°8.

*Le 11 avril.* — Le froissement péritonéal n'est plus perçu plus de stomatite, éruption disparue, plus de diarrhée, température : 37°5.

**Observation IX** (*Personnelle*).

Suzanne V..., est entrée aux Douteux le 26 mars avec du catarrhe oculo-nasal, de grosses amygdales recouvertes d'un léger enduit pultacé et une température de 40°.

*Le 27 mars.* — Elle a du piqueté du voile du palais, de l'exanthème jugo-labial, un peu de gingivite érythémateuse. Un commencement d'éruption derrière les oreilles l'amène au pavillon de la rougeole.

*Le 28 mars.* — Temp. : 39°7 toux féline, quelques râles sibilants. Éruption de moyenne intensité. L'énanthème ne s'étend pas, mais quelques points de sa localisation jugo labiale affectent la forme du signe de Koplick. La muqueuse de la vulve est rouge, sans exsudat. Tous les phénomènes disparaissent au bout de quatre jours.

### **Observation X (Personnelle).**

Un garçon de 7 ans a de l'anorexie, de la céphalée ; il tousse et l'auscultation révèle le 4 septembre des râles sibilants disséminés dans toute la poitrine. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. Il a eu, dit-on, la rougeole à 4 ans. Sa bouche ne présente aucun point énanthématique, sa langue est saburrale. La temp. : est 38°2. Le lendemain le voile du palais présente un piqueté très net. La voix est enrrouée la temp. : atteint 40°. Isolement du malade. Le 6 septembre gingivite pultacée et éruption sur le cou, qui, l'une et l'autre, sont intenses le lendemain et généralisées. Le piqueté du voile a fait place à une rougeur uniforme. Aphonie complète. Toux rauque et douloureuse. Râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine. Temp : 39°9.

*8 septembre.* — L'éruption pâlit, mais les phénomènes buccaux, laryngés et bronchiques sont toujours intenses. Temp : 37°5. La langue présente une desquamation typique. L'éruption disparaît le 11 septembre complètement. La gorge reste rouge jusqu'au 13, la bronchite disparaît le 18, mais la voix ne devient normale que le 25.

## CHAPITRE II

### L'ÉNANTHÈME AGENT DE CONTAGION

Jusque vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le mécanisme de la contagion de la rougeole resta inconnu. En 1787, Francis Homme apporta quelque lumière dans cette obscurité; Willan et Speranza, en 1822, répétant les expériences du premier, obtinrent l'inoculation morbilleuse par vaccination et transfusion de sang. Ils démontraient ainsi qu'il existe, dans l'organisme atteint, un agent spécifique capable de disséminer la maladie. Sa présence dans le sang était indiscutable; mais comment pouvait-il s'extérioriser? En constatant que la rougeole est contagieuse avant l'éruption, c'est-à-dire à la période d'invasion, qu'à ce moment les seules parties affectées sont les muqueuses, il était logique de déduire que ce sont elles qui portent le contagé à leur surface. Cette hypothèse fut bientôt confirmée par l'expérimentation. Looke répète avec la salive, et Monro avec l'humeur lacrymale, les inoculations de leurs prédécesseurs; ils obtiennent des résultats concluants, mais ne réussissent pas à les imposer. En 1851, Mayr mit la question au point en signalant le fait suivant :

**Observation XI (MAYR).**

« En septembre 1851, un enfant atteint de symptômes catarrhaux bien marqués, mais sans présenter d'éruption, fut amené par ses parents dans un endroit éloigné de deux milles de Vienne. En ce lieu, aucun cas de rougeole ne s'était manifesté jusqu'à ce moment. Ils y restèrent pendant un jour seulement, pendant lequel l'enfant fut mis en contact avec un autre garçon âgé de 4 ans, appartenant à un ami. Le second jour après son retour à Vienne, une éruption de rougeole sortit chez le premier enfant et une quinzaine de jours plus tard, l'autre enfant, à deux milles de là, fut attaqué de la même maladie ».

« Ce fait me suggéra l'idée de prouver que le mucus nasal est susceptible de propager la rougeole, en transportant cette substance sur d'autres individus. J'exécutai donc cette expérience sur deux enfants en bonne santé, vivant à distance l'un de l'autre, et lorsque l'affection avait cessé d'être épidémique. Un peu de mucus nasal, pris sur le malade pendant la période d'état de la rougeole et conservé liquide dans un tube de verre, fut le même jour placé sur la muqueuse de chacun de ces enfants. Chez l'un d'eux, les premiers symptômes d'éternuement apparurent huit jours après, chez l'autre, vers la fin du neuvième jour, et deux jours après, les symptômes fébriles commencèrent. Chez ces deux enfants, l'éruption fit son apparition le treizième jour après l'injection. La maladie fut bénigne et suivit son cours normal. »

Cette observation est des plus probantes et des plus intéressantes. Elle dénote en même temps une rare témérité chez son auteur. Nous avons été témoin d'un

fait qui présente une grande analogie avec le précédent, mais dans lequel nous n'avons joué aucun rôle expérimental :

**Observation XII** (*Personnelle*).

Au mois de septembre 1905, à G..., nous voyons une petite fille de 11 mois qui présente un catarrhe oculo-nasal assez intense, un mouvement fébrile accentué et qui, depuis la veille, refuse de prendre le sein. L'examen de sa bouche ne révèle rien. Nous conseillons à la mère, qui a deux autres enfants âgés l'un de 3 ans, l'autre de 6 ans, d'isoler la petite malade ou plutôt de la séparer le plus possible de ses frères. Deux jours après survient une éruption caractéristique de rougeole avec une gingivite érythémato-pultacée légère qui durent cinq jours et ont une évolution normale bénigne. Or neuf jours après la constatation du coryza de la petite fille, l'enfant de 3 ans, que la grand'mère avait emmené ainsi que le plus âgé, présente de la fièvre de la stomatite pultacée, du catarrhe nasal et de la diarrhée ; le lendemain un exanthème morbillieux se déclare. La mère nous déclare alors, que le jour où nous l'avons vue pour la première fois, le petit garçon étant encore sain et la petite fille étant déjà atteinte, elle a mouché ses deux enfants à plusieurs reprises avec le même mouchoir. L'ainé, qui était assez grand pour se moucher tout seul, n'a pas subi ce contact ; quoique vivant dans la même atmosphère que le premier d'abord et le second ensuite, il est resté indemne.

Ce fait si banal en lui-même admet cependant la même conclusion scientifique que l'expérience de Mayr. Nous en tirerons une autre qui est universellement admise, c'est que l'air ne joue aucun rôle, et que pour

qu'il y ait contagion, il faut qu'il y ait eu contact direct. De plus il faut que l'objet qui doit porter le contagium ait quitté le malade depuis très peu de temps. Cela est si vrai que, quelques mètres d'espace libre, empêchent la transmission ; que les box d'isolement ne sont jamais hermétiquement fermés et que, malgré cela, il n'en résulte aucun danger pour les voisins, et, qu'enfin, la désinfection des vêtements, des objets usuels et des locaux n'est pas nécessaire. C'est d'ailleurs l'opinion de MM. Comby, Sevestre et Grancher.

Il ne faudrait cependant pas pousser les choses à l'excès et croire, comme le faisait Girard de Marseille en 1869 que « les fièvres éruptives se transmettent le premier jour de leur apparition, à l'époque de la fièvre ; la transmission, passé cette époque, n'a plus lieu ». Il serait fort imprudent de cesser l'isolement des rougeoleux dès que leur température est redevenue normale ou que l'on a compté deux jours à partir du début des phénomènes catarrhaux. La ligne de conduite à tenir doit être basée sur l'évolution de l'érythème dans sa localisation la plus apparente et la plus extérieure pour ainsi dire, la muqueuse nasale et buccale. L'érythème disparu, il ne subsiste aucune chance de contagion, pas plus à la période d'éruption qu'à la période de desquamation. Mayr ne put jamais obtenir l'apparition de la rougeole chez des enfants à qui il inocula des squames furfuracées. Le professeur Landouzy a donc raison de dire que « le danger réside beaucoup plus dans l'enfant atteint de catarrhe oculaire, nasal ou bronchique prérubéolique que dans le malade en pleine éruption.

## CHAPITRE III

### L'ÉNANTHÈME ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA ROUGEOLE

Les manifestations ordinaires, par ordre chronologique, de la rougeole, sont : la fièvre, l'énanthème et l'exanthème. La fièvre n'est pas pathognomonique, mais il n'y a certainement pas de meilleure confirmation du diagnostic que l'exanthème. Quelquefois c'est ce dernier seul qui permet d'affirmer la rougeole. Cependant, il est des cas, nombreux, où il serait imprudent d'attendre l'éruption pour pratiquer l'isolement du sujet qui présente les prodromes de l'infection morbillieuse. Depuis longtemps on s'est attaché à trouver un symptôme pathognomonique qui permit de déceler, sinon avant l'invasion, du moins tout à fait à son début, cette infection. Ce fait est d'autant plus important, que la rougeole n'a pas toujours cette bénignité qu'on est tenté de lui attribuer, et les statistiques montrent que le nombre des décès dont elle est la cause s'élevait, à Paris, de 1896 à 1900, à 830 (Comby). Jusqu'en 1898, on considérait la période d'incubation comme absolu-

ment silencieuse. A cette époque, Meunier fit remarquer que la courbe du poids de l'enfant en incubation de rougeole, subissait, pendant les cinq jours qui précèdent l'invasion un abaissement, se chiffrant par une perte quotidienne de 60 grammes, soit en tout environ 300 grammes. Ce signe, difficile à constater, est à peu près méconnu en pratique.

En 1899, Combe indique une hyperleucocytose polynucléaire à la même période. C'est là encore un symptôme qui échappe, et quelle que soit sa valeur, dit M. Guinon « il n'est pas véritablement clinique, parce que sa recherche est compliquée ». Ce n'est pas par la balance ou les procédés de laboratoire, qu'en général on cherche à faire le diagnostic précoce de la rougeole, mais plutôt par l'examen des organes du malade. Le signe de Bolognini, ce froissement péritonéal est vraiment trop rare ; c'est peut-être cette seule qualité qui le rend précieux. Le catarrhe oculo-nasal ne doit pas être revendiqué par la rougeole seule, un fort rhume, la grippe, etc. en sont la plupart du temps accompagnés. C'est dans la bouche qu'il faut chercher l'indice initial, le symptôme précurseur.

M. Saint-Philippe, en 1901 signala, antérieure à la période d'invasion une angine pultacée caractérisée quelquefois par une plaque blanchâtre, mais plus souvent par de petits points bleu sale, elle s'accompagne de fièvre, de dysphagie. Parfois les ganglions sous-maxillaires prennent part à ce processus et sont augmentés de volume. Elle est éminemment précoce, puisqu'elle précède d'une semaine et souvent plus les premiers

phénomènes catarrhaux. Mais elle a le grave défaut de n'être pas constante ; on ne la trouve guère que dans 15 pour 100 des cas ; et l'on peut tenir pour vraisemblable qu'elle est plutôt le fait d'une coïncidence que d'une réaction de l'organisme au virus morbillieux. D'autre part, elle existe pour son compte, dans l'inflammation banale de la gorge, sans qu'aucune éruption consécutive vienne démontrer qu'il existe entre la rougeole et elle une relation de cause à effet.

Un symptôme d'une autre importance est la stomatite érythémato-pultacée de Comby et le pointillé rouge du voile du palais. Ces deux phénomènes, joints au catarrhe occulo-nasal sont les seuls qu'on puisse nettement et toujours discerner dès la période d'invasion. Outre qu'ils permettent, lorsque l'éruption est pâle et sans caractères bien dessinés de faire un diagnostic différentiel entre la rougeole et la rubéole, celle-ci, ne donnant lieu à aucune manifestation de ce genre, ils sont encore, fréquemment assez antérieurs à l'exanthème pour qu'on puisse le prévoir à leur simple découverte. Encore que la stomatite érythémato-pultacée, n'appartienne pas exclusivement à la rougeole, de l'aveu même de M. Comby qui la constata chez une fillette atteinte d'oreillons, elle n'en est pas moins constante dans cette affection, et c'est un des meilleurs signes à considérer pour le diagnostic précoce et, avec le piqueté palatin, le plus pathognomonique. Sur 23 cas de rougeole que nous avons pu voir avant l'apparition de l'exanthème, 17 fois nous l'avons reconnu ; dans 5 cas la veille de cette apparition, dans 7 cas 2 jours

avant, dans 4 cas 3 jours avant et, enfin, dans 1 cas 4 jours avant l'éruption. Cette statistique, est trop peu étendue pour servir de base à des déductions formelles, mais elle n'en a pas moins contribué à affermir en nous l'opinion que nous a donnée l'expérience de nos maîtres.

Au mois de décembre 1896, un américain, le Dr Koplik fit paraître dans les *Archives de Pédiatrie de New-York* un article où il décrivait minutieusement un nouveau signe d'une merveilleuse valeur (à l'en croire) pour le diagnostic précoce de la rougeole. La littérature médicale étrangère n'eut pas assez de louanges pour le nouveau-venu. En France, on fut plus froid et plus sceptique. M. Bing qui consacra récemment sa longue thèse à un plaidoyer partiel en faveur du signe de Koplik dit que dans ce pays, « où, d'habitude, un signe vraiment clinique est assuré d'être accueilli avec le plus grand empressement, il semble presque, qu'on l'ignore, ou que, du moins, on le dédaigne ; la littérature médicale française, sur ce sujet, est, en effet, des plus pauvres, et encore, la plupart des opinions émises sont-elles des plus défavorables ». Il est vrai que les auteurs français ne manifestent à son égard aucun enthousiasme. M. Guinon dit : « Le signe de Koplik a, certainement, une beaucoup plus grande vogue que la stomatite érythémato-pultacée, de Comby, évidemment parce qu'il n'est pas d'origine française, et cependant, il n'est certainement qu'un aspect de la stomatite érythémato-pultacée, et, d'autre part, le premier n'est pas beaucoup plus fréquent que le second... Si

l'on en croit l'auteur, ce signe est extrêmement fréquent, on a dit 95 pour 100. A Paris, toutefois, on ne l'a pas trouvé avec cette constance ; est-ce mauvais vouloir (c'est peu probable) ; est-ce méconnaissance d'un symptôme très minime ; est-ce mauvais éclairage ? Toujours est-il qu'on ne le considère pas comme un symptôme sûr. Dernièrement, à la Société de pédiatrie (décembre 1900) MM. Variot, Méry et moi-même étions d'accord pour reconnaître que ce signe est inconstant, difficile à voir. J'ajoute que, quand il existe, il n'est qu'un aspect très atténué et difficile à reconnaître d'un symptôme beaucoup plus évident, parce qu'il est beaucoup plus étendu, la stomatite érythémato-pultacée. » M. Comby va plus loin : « J'avoue l'avoir souvent cherché en vain. Le signe de Koplik est d'une constatation difficile, et sa valeur, par cela même très amoindrie ». Enfin M. le professeur Grancher ne le mentionne pas dans son article : Rougeole du *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

D'ailleurs, les auteurs qui ont pu le voir et le décrire ne sont pas du tout d'accord sur son aspect et sa localisation. Koplik revendique exclusivement comme sien le signe qui consiste en un point blanc-bleuâtre mesurant quelques dixièmes de millimètre seulement de diamètre placé au centre de l'auréole rouge et dont le seul point d'élection est la face interne des joues. Or, M. Serinelli, M. le professeur Roger lui donnent une dimension de deux millimètres ; MM. Lemoine et Variot le décrivent comme une tache rouge ; M. Sepet en fait de petites vésicules ; M. Levy l'a vu au palais et sur les

piliers ; Libman (cit. par Bing) sur la conjonctive palpébrale, Bielsky sur la pituitaire, d'autres sur la langue, etc... D'autre part, on l'a signalé dans la broncho-pneumonie grippale ; la varicelle, la diphtérie, la coqueluche et l'amygdalite streptococcique ; la scarlatine, la rubéole, etc... La rougeole ne serait peut-être pas même la plus favorisée, puisque M. Comby l'a souvent cherché en vain. M. Serinelli ne l'a vu que 3 fois sur 126 cas, et Aronheim (cit. par Bing) 9 fois sur 150. Notre expérience personnelle à ce sujet donnerait des chiffres de la même éloquence.

Quand à sa précocité, puisqu'il n'est, en réalité, qu'un aspect de la stomatite érythémato-pultacée, (peut-être aussi, une hypertrophie avec desquamation des orifices glandulaires de la muqueuse buccale) elle ne peut être plus grande que celle de cette dernière variété d'érythème qui, nous le savons, apparaît de un à quatre jours avant l'éruption. Elle apparaît aussi, dans certains cas en même temps qu'elle.

Nous penserons avec M. le professeur Landouzy que ce nouveau signe n'a « malheureusement pas toute la valeur qui lui a été attribuée » et que de nombreux cas de Koplik sans rougeole ou de rougeole sans Koplik rendent très juste cette réflexion de Freemann : « jusqu'à présent il est à peine prudent de faire un diagnostic positif et d'exposer un enfant à l'éruption, simplement sur l'existence des taches de Koplik. »

## CHAPITRE IV

### THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉNANTHÈME.

La rougeole, ayant comme principal symptôme de début le catarrhe des voies respiratoires et digestives, il est naturel que la thérapeutique ait cherché les moyens de parer aux premiers accidents et d'en atténuer les effets. Les complications dues aux infections secondaires ont pour substratum l'énanthème, et elles sont le plus fréquentes, dans le milieu pauvre, où l'hygiène est, la plus part du temps, méconnue, et où la propreté elle-même n'est souvent qu'un vain mot. Aussi, est-ce à l'hôpital qu'on peut voir surtout les inflammations intenses s'établir définitivement. La rhinite, la conjonctivite, les stomatites, impétigineuses ou ulcéreuses, l'otite suppurée, la colite, telles sont les conséquences les plus ordinaires de la négligence à l'égard des symptômes primordiaux, si bénins dans leur évolution normale. Les cavités naturelles sont, même chez le sujet sain un milieu fertile et très favorable à la pullulation des microbes pathogènes. La bouche qui

fut étudiée particulièrement à ce point de vue, contient à l'état latent à peu près tous les micro-organismes hôtes de l'homme. La rougeole, en même temps qu'elle augmente leur nombre, augmente aussi leur virulence. Les préparations bactériologiques de MM. Sevestre et Gastou montrèrent le staphylocoque doré : les recherches de MM. Méry et Bouллоche sur la salive des rougeoleux leur ont permis de déduire les conclusions suivantes :

« Le pneumocoque et le streptocoque se rencontrent dans la salive chez les enfants atteints de rougeole, avec une fréquence beaucoup plus grande que chez les enfants sains. Les accidents broncho-pulmonaires dans le cours de la rougeole n'apparaissent, sauf de très rares exceptions, que chez les enfants dont la salive contient le pneumocoque et le streptocoque. A l'autopsie, il peut être possible de suivre le microbe pathogène reconnu dans la salive, des voies aériennes supérieures jusqu'aux petites bronches. La présence plus fréquente des agents pathogènes de la broncho-pneumonie dans la salive des enfants morbillieux, paraît devoir expliquer le grand nombre des inflammations broncho-pulmonaires observés chez eux. »

Ce qui a lieu dans la salive a lieu aussi dans le mucus nasal, dans l'humeur lacrymale et les sécrétions intestinales. Des mesures antiseptiques sévères doivent donc être prises de bonne heure, pour s'opposer à la pullulation et à la virulence des agents d'infection secondaire. L'antisepsie interne, est difficile, et partout où elle a été mise en action, elle n'a pas donné tout ce qu'on pouvait attendre d'elle. La lutte est impossible

contre l'agent spécifique inconnu. On en est réduit à employer l'antisepsie des muqueuses accessibles, comme moyen préventif et palliatif des accidents possibles. Celle du tube digestif peut être obtenue à l'aide du naphtol, mais il est préférable de recourir aux grands lavages intestinaux aseptiques, l'énanthème siégeant plus spécialement au niveau de l'S iliaque et du rectum, facilement accessibles.

On devra prendre des yeux un soin particulier, ainsi que des organes génitaux des petites filles et des femmes enceintes. Le conduit auditif externe lui-même sera l'objet des mêmes précautions. Quant à l'antisepsie de la bouche, du pharynx et du nez, elle est devenue banale maintenant. On n'aura recours, pour l'effectuer, ni aux collutoires, ni aux gargarismes. Les premiers ayant un champ d'action trop restreint sont inefficaces ; ils ne peuvent être portés sur tous les points de la surface malade. De plus, leur application, qui n'est en somme qu'un frottement, risquerait d'ulcérer la muqueuse déjà si friable, et de favoriser la pénétration des agents microbiens. Les seconds sont insuffisants parce qu'ils sont trop brefs, d'ailleurs ils sont inutilisables chez les enfants. Le traitement de choix consiste en de grands lavages ; ils s'imposent, en effet, autant par leur pouvoir antiseptique que par leur action mécanique : ils balayent les desquamations, les détritrus de toutes sortes, les mucosités qui stagnent sur la muqueuse et favoriseraient, étant un excellent milieu de culture, toutes les infections. Ils nécessitent un simple bock-laveur, qui permet d'avoir une quantité suffisante de liquide anti-

septique à une pression variable. Ils doivent être fréquents, abondants, et être faits, sans violence, mais avec une certaine force. Le jet s'échappera d'une canule en caoutchouc souple, pour éviter de blesser l'enfant indocile. Celui-ci est roulé dans une couverture dont sa tête émerge seule et est maintenue fermement par les deux mains d'un aide posées l'une sur le front, l'autre autour du corps. La bouche étant ouverte (pour éviter que l'enfant ne la ferme, on interposera entre les arcades dentaires un morceau de liège ou de caoutchouc) on dirige le jet sur tous les points lésés. Il doit être lancé avec une certaine force, car si le liquide arrive mollement, il sera dégluti ou bien s'introduira dans le larynx ; doué, au contraire, d'une force suffisante, il rejaillira sur la surface qui le reçoit et s'échappera au dehors par la voie d'entrée. La tête doit être droite et fixe, et le jet horizontal.

Pour l'irrigation des fosses nasales, au contraire, la tête doit être baissée, penchée en avant ; le jet doit rester horizontal et être dirigé non en haut, mais vers l'arrière cavité. La pression doit être moins forte. On la fera varier en comprimant plus ou moins la narine sur la canule, le liquide sortira par la narine libre. Pour la bouche, la différence de niveau entre le liquide et le point de chute peut être de 40 centimètres et pour le nez de 30. Ces chiffres sont approximatifs et varieront selon les lésions et les sujets.

De quelle nature doit être le liquide employé? Wermeille, se servant simplement d'eau bouillie, constate, qu'en pratiquant deux à trois lavages par jour, la mor-

talité due à la broncho-pneumonie descend de 40 pour 100. à 22 pour 100. Ausset préconise l'eau thymolée à 1 pour 1000 et Guérin en cas de stomatite, recommande la formule suivante :

|                        |         |
|------------------------|---------|
| Eau bouillie . . . . . | 1 litre |
| Eau oxygénée . . . . . | 1 verre |
| Eau de Vichy . . . . . | 1 verre |

En général, les solutions antiseptiques dont on se sert sont faibles et ne possèdent ni propriétés caustiques, ni irritantes.

Il nous a paru que lorsque l'énanthème ne révèle rien d'anormal, les irrigations à l'eau boriquée simple, à 4 p. 100 et même à un taux inférieur, prescrites par Comby et Josias étaient tout à fait suffisantes. Ces précautions doivent être prises avec d'autant plus de sévérité que les enfants ont un état général moins satisfaisant et sont plus jeunes. La gravité de la rougeole pendant la première enfance est bien connue. Les enfants de moins de deux ans meurent dans la proportion de 30 pour 100, ceux de plus de deux ans, seulement dans la proportion de 7 pour 100 (Comby). Ce dernier recommande en outre, dans tous les cas, les bains au sublimé.

## CONCLUSIONS

L'énanthème de la rougeole est la traduction du processus morbilleux sur les muqueuses et les séreuses. Il a la même signification et la même valeur que l'éruption dont la peau est le siège.

Les muqueuses sont plus fréquemment, plus généralement et plus profondément atteintes que les séreuses, La plèvre et le péritoine sont l'objet de localisations rares, mais évidentes ; la même affirmation n'est pas possible pour les synoviales et les méninges.

A la muqueuse buccale, l'énanthème est désigné sous les termes de stomatite érythémato-pultacée de Comby, de pointillé du voile du palais, d'énanthème jugo-labial, de taches de Koplik, de desquamation linguale. Il détermine aux muqueuses pituitaire et conjonctivale le catarrhe oculo-nasal, et il manifeste son action sur la muqueuse intestinale par de la diarrhée.

Il est le seul symptôme clinique qui permette un diagnostic précoce et certain. Le signe de Koplik n'est

qu'une forme d'érythème pultacé, il n'est pas pathognomonique de la rougeole, si ce dernier ne l'est pas.

La contagion de la rougeole se fait par l'énanthème des muqueuses ; elle est possible tant qu'il existe et cesse avec lui.

L'énanthème pouvant être le point de départ de complications nombreuses et souvent graves une thérapeutique spéciale et rigoureuse doit lui être appliquée. Les grands lavages des muqueuses accessibles, pratiqués avec de l'eau aseptique ou antiseptique (boriquée à 4 pour 100), constituent le traitement de choix.

---

Vu : le Président de la thèse  
**ROGER**

Vu : le Doyen,  
**DEBOVE**

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

**L. LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

- AGÉON P. — Contribution à l'étude des complications bucco-pharyngées de la rougeole chez les enfants. *Thèse, Paris*, 1904.
- ANONYME. — La bibliographie médicale à la fin du xix<sup>e</sup> siècle. *Semaine médic., Paris*, 23 juin 1899.
- La rougeole. *Monde méd., Paris*, sept. 1903.
- AUSSET. — *Revue de pédiatrie pratique*, 1903.
- BACALOGLU. — Les maladies observées à l'hôpital des E. M. de Paris (Pavillon des douteux) depuis le 1<sup>er</sup> mars jusqu'au 1<sup>er</sup> sept. 1900 (Prophylaxie hospitalière, symptômes et traitement). *Rev. de méd. janv. 1902 ; fév. 1902*.
- BAGINSKY. — *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, 6<sup>e</sup> édit., Braunschweig, 1899, Fr. Wreden.
- BALLAND. — Du souffle cardiaque morbilleux, *Thèse, Paris*, 1880.
- BARBIER. — Monographie : la Rougeole. *Bibliothèque médic. Charcot-Debove, Paris* 1894.
- Complications de la rougeole en général. *Journal des praticiens, janv. 1898*.
- BARTHE. — Gangrènes morbilleuses, principalement du poumon comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. *Thèse, Paris*, 1885.

- BÉCLÈRE. — *Thèse, Paris*, 1882.
- BELLOIR. — De l'antisepsie dans la rougeole. *Thèse Paris*, 1893.
- BEZOLD. — *Munch. medic. Woch.*, mars 1896.
- BING. — Les taches de Koplik, leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole. *Thèse Paris*, 1905.
- BOLOGNINI. — *La Pédiatria*, 1895.
- BONNET. — *Traité des maladies des articulations*.
- CADET DE GASSICOURT. — *Traité des maladies des enfants*.
- CARRET. — Quelques considérations sur la rougeole chez les enfants. *Thèse, Paris*, 1871.
- CAUBÈT. — Essai sur les manifestations et les complications buccales de la rougeole chez les enfants. *Thèse, Paris*, 1888.
- CAZAL. — Du diagnostic précoce de la rougeole. *Gaz. des hôp.*, août 1894. *Ann. de la Polyclin. de Toulouse*, juin 1899.
- CHAUFFARD ET LEMOINE. — Rougeole à rechute. *Soc. méd. hôp.*, 1895.
- CHOMPRET. — Pathogénie générale des affections buccales. *Arch. de méd. int.* juin, 1899.
- COLLET. — *Précis de path. int. Collection Testut*.
- COMBE. — Sur un nouveau signe de la rougeole à la période d'incubation. *Arch. de méd. des enf.*, 1899.
- COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*.
- Art. Rougeole et Rubéole du *Traité des maladies de l'enfance, Grancher et Comby*.
  - De quelques stomatites de l'enfance. *Rev. mens des mal. des enf.* 1888.
  - La désinfection dans la rougeole. *Méd. mod.*, 1894.
  - Énanthème buccal de la rougeole. *Soc. méd. des hôp.*, 1895.
  - La rougeole à l'hôpital Trousseau. *Soc. méd. des hôp.*, 1896.
- CORDIER. — Étude sur le catarrhe de l'oreille moyenne dans le cours de la rougeole. *Thèse, Paris*, 1875.
- COYNE. — Recherches sur l'anatomie pathologique des complications laryngées de la rougeole. *Thèse, Paris*, 1874.

- CRÍADO Y AGUILAR. — *Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance, trad. de l'espagnol*. Paris 1906.
- DESCROISILLES. — *Pathologie et clinique infantiles*.
- DIEULAFOY. — *Manuel de path. int.*, 14<sup>e</sup> édit., t. IV. Paris 1904.
- DUCLOS. — Desquamation linguale dans la rougeole. *Thèse Bordeaux*, 1895.
- D'ESPINE. — Art. Rougeole du *Dictionnaire Jaccoud*.
- D'ESPINE ET PICOT. — *Traité des maladies de l'enfance*.
- GILLET. — Les signes précoces de la rougeole. *Revue gén. de clin. et thérap.* (*Journal des Praticiens*), 12 nov. 1898.
- Diagnostic précoce de la rougeole, *même publication*, 5 oct. 1901.
- GRANCHER. — *Gazette des hôp.* 1856-1858-1860-1862-1874.
- Art. rougeole du *Traité de Méd. et Thér.* Brouardel et Gilbert, 1895.
- GUÉRIN. — Contribution à l'étude clinique de la bouche dans la rougeole, *Thèse Paris*, 1904.
- GUINON. — Art. Rougeole du *Traité de Méd.* de Bouchard et Brissaud, 2<sup>e</sup> édit. 1899.
- Érythème morbilliforme sérothérapique avec stomatite pultacée [avec discussion]. *Bull. Soc. Péd. de Paris*, déc. 1900.
- Stomatite érythémato-pultacée sans rougeole. *Même publication*, 1901.
- Ce que valent les signes prodromiques précoces de la rougeole. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, avril 1901. *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, avril 1901.
- HÉNOCH. — *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*.
- HUTINEL. — *Médecine moderne*, 1890.
- JOLLET. — De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. *Thèse, Paris*, 1884.
- JOSIAS. — Complications de la rougeole. *Courr. méd.*, 1898.
- *Journal des praticiens*, 1898.
- JOUAULT. — Des affections des membranes muqueuses consécutives à la rougeole. *Thèse, Paris*, 1868.
- JULIEN. — Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole. *Thèse, Paris*, 1886.

- KOPLIK. — *Arch. de Pédiatrie, New-York, 1896.*  
— *Médical Record, New-York, 1898.*
- LANDOUZY. — Étude diagnostique de la rougeole. (Leç. recueil-  
lie par le Dr Lacroix). *Conc. médic., Paris, mai 1902.*
- LEBEDINSKY. — Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme  
buccal, *Thèse, Paris 1898.*
- LEGRAND. — *Précis de médecine infantile. Paris, 1903.*
- LEMOINE. — *Traité de path. interne.*
- LEPAGE. — Contribution à l'étude de la rougeole. *Bullet. Soc.  
méd. hóp. 1900.*
- LÉVY. — Séméiologie des stomatites. *Gaz. hóp. juin, 1904.*
- MACRY. — Colite dysentérique au cours de la rougeole.  
*Thèse, Paris, 1888.*
- MARÉVÉRY. — Du signe de Koplik. Communic. à la Soc. du  
XVII<sup>e</sup> arr. *Bull. off. des Soc. d'arrondissement 1903.*  
*Gaz. des malad. infant. nov., 1903.*
- MARIOTTI. — Gli enantemi boccali nel morbillo. *Giornale del  
regio esercito. fév., 1901.*
- MAYR. — Chap. Rougeole du *Traité des maladies de la peau  
comprenant les exanthèmes aigus, par F. Hébra; tra-  
duit et annoté par le Dr Doyon, Paris, 1899.*
- MÉRY ET BOULLOCHE. — *Revue mens. des mal. de l'enf., 1891.*
- MEUNIER. — Sur un symptôme nouveau de la période précon-  
tagieuse de la rougeole et sur la valeur prophylacti-  
que. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 6 nov. 1898.*
- MORANO. — Contributo al diagnosi del morbillo. *Policlinico  
(supplément), nov. 1900.*
- MONIN. — *Médecine de l'enfance jusqu'à l'adolescence. Paris,  
1905.*
- PALASNE DE CHAMPEAUX. — *Séméiologie méd. Paris, 1905.*
- RENAUD. — La leucocytose dans la rougeole et le rôle clinique  
de son étude. *Thèse, Lausanne, 1900.*
- RENAULT. — *Manuel de diagnostic médic. de Debove et Achard,  
t. I.*
- RILLIET ET BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des mala-  
dies de l'enfance.*
- ROGER. — *Les maladies infectieuses, t. II. Paris, 1902.*

- SAINT-PHILIPPE. — De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole. *Journal de méd. de Bordeaux*, avril 1901. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, avril 1901.
- SANNÉ. — Art. Rougeole du *Dictionnaire Dechambre*.
- SEPET. — Note sur 327 cas de rougeole. *Méd. mod. Paris*, nov. 1899.
- SERINELLI. — Relation d'une épidémie de rougeole à Septèmes. *Thèse, Montpellier*, 1900.
- SEVESTRE. — *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1886. Diagnostic de la rougeole. *Sem. méd.*, 1889. *Soc. méd. des hôp.*, 1889-90.
- SEVESTRE ET GASTOU. — *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1891.
- SURMONT. — Étiologie et prophylaxie de la rougeole. *Journ. de chir. et de thér. inf. Paris*, mai 1899.
- TALAMON. — Les rash prérubéoliques et le signe de Koplik. *Méd. mod.*, juin 1899.
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale*, t. I et II.
- VARANGOT. — Complications de la rougeole sur les séreuses. *Thèse, Paris*, 1893.
- VARIOT. — Diagnostic et pronostic de la rougeole chez les enfants, (conf. recueillie par M. Sébilleau, int. des Hôp. et revue par le professeur). *Gaz. des hôp.*, janvier 1904.
- WEILL. — *Précis de médecine infantile*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1905.
- WERMEILLE. — Stomatite et rhinite impétigineuse dans la rougeole. *Thèse, Paris*, 1893.